



REFLEXÕES SOBRE AS LIMINARES QUE ORDENAM O ESTADO FORNECER MEDICAMENTOS FORA DA LISTA DA RENAME À LUZ DO ESTADO SOCIAL DE DIREITO

Maria Cláudia Crespo Brauner¹
Rodrigo Gomes Flores²

RESUMO

A Constituição declarou a saúde como direito de todos e dever do Estado, assegurando acesso universal e igualitário. Este artigo objetiva uma reflexão sobre as decisões judiciais de fornecimento de medicamentos fora da lista do RENAME diante do papel do Estado Social de Direito, cuja regulação e planejamento foram deferidos aos poderes legislativo e executivo. O estudo está baseado no método lógico-dedutivo de pesquisa bibliográfica e jurisprudencial. Conclui-se que a interferência do Poder Judiciário nas políticas de saúde deverá ser limitada a casos extremos, sob pena de ferir o princípio da igualdade e universalidade do acesso à saúde.

Palavras chave: saúde; políticas públicas; Estado social de direito; Poder Judiciário

REFLECTIONS ON INJUNCTIONS THAT ORDER THE STATE TO PROVIDE MEDICINES OUTSIDE RENAME'S LIST IN THE LIGHT OF THE SOCIAL STATE OF LAW

ABSTRACT

The Constitution declared health as the right of everyone and the duty of the State, ensuring universal and equal access. This article reflects about judicial decisions that supplies medicines outside the RENAME list in view of the role of the Welfare State, whose regulation and planning were granted to the legislative and executive branches. The study is based on the logical-deductive method of bibliographical and jurisprudential research. It concludes that the interference of the Judiciary in health policies should be limited to extreme cases, otherwise the principle of equality and universality of access to public health will be violated.

Keywords: Health; public policies; Welfare State; Judicial Power

INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988 consagrou como objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil “construir uma sociedade livre, justa e solidária, reduzir as desigualdades

¹ Professora Adjunta da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Rio Grande-RS. Doutora em Direito pela Université de Rennes I – França.

² Procurador do Município de Pelotas. Mestrando em Direito e Justiça Social pela FURG



sociais, promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (CF, art. 3º).

Com o fim de reforçar estes objetivos, a Constituição Federal assegurou o direito fundamental à igualdade (CF, art. 5, inciso I). O direito à igualdade integra também o princípio de atuação do Estado para garantir o acesso universal à saúde. Com efeito, o direito à saúde constitui direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, art. 196, caput)³.

Portanto, em princípio, a obrigação do Estado em fornecer o direito à saúde ocorre através de políticas públicas, sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e ao acesso universal e igualitário para promoção, proteção e recuperação dos cidadãos.

Para concretizar os objetivos do acesso universal e igualitário à saúde, na moderna e complexa sociedade industrial, o Estado Social de Direito detém o poder de planejamento e regulação para normatizar suas políticas públicas.

Contudo, a ADPF nº 45 MC/DF entendeu que embora decisões de políticas públicas sejam da discricionariedade exclusiva do Poder Executivo, o Poder Judiciário poderá intervir quando entender que estas políticas violarem os direitos fundamentais.

Como consequência da decisão, o país observa o que se chamou de “judicialização da saúde”, isto é, o significativo número de demandas judiciais que tem em comum requerer perante o Poder Judiciário alguma prestação referente à saúde, em especial, de remédios fora da lista da RENAME - Relação Nacional de Medicamentos, que se trata da lista de medicamentos que devem atender às necessidades de saúde prioritárias da população brasileira. A RENAME deve ser um instrumento fundamental para as ações de assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde.

Portanto, este artigo se propõe a fazer uma reflexão sobre os pedidos de medidas cautelares judiciais de remédios fora da lista do RENAME à do Estado Social de Direito regulador da moderna sociedade industrial, que tem por fundamento a construção de uma sociedade justa e solidária.

O presente estudo, calcado no método lógico-dedutivo de pesquisa bibliográfica e jurisprudencial, propõe uma reflexão crítica a respeito da realidade brasileira envolvendo a concessão de medicamentos por meio de decisões de justiça.

³ CF, art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.



Para tanto, o artigo inicialmente descreverá os princípios que regem um sistema público de saúde. Posteriormente analisará a difícil relação de equilíbrio entre os direitos fundamentais individuais e a liberdade, igualdade e a fraternidade da coletividade. Após, o artigo demonstrará que o planejamento e a regulação são instrumentos fundamentais para a execução das políticas públicas na moderna e complexa industrial. Em seguida, o artigo descreverá a regulação do Sistema Único de Saúde brasileiro, que é resultado de uma conquista da sociedade para assegurar a todos os cidadãos, sem necessidade de filiação ao sistema, assegurar o acesso igualitário e universal. Finalmente, este trabalho irá analisar a contradição da saúde judicializada que concede liminares em ações individuais ordenando o Estado fornecer medicamentos fora da lista da RENAME – Relação Nacional de Medicamentos e os princípios do acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde.

1 PRINCÍPIOS QUE REGEM UM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Daniels afirma que o objeto imediato da justiça não é a felicidade ou a satisfação de desejos, mas assegurar instituições que propiciem uma estrutura aceitável para que desta forma o indivíduo possa encontrar a felicidade. Contudo, nesta busca os indivíduos se mantêm responsáveis pelas suas escolhas e resultados (DANIELS, 1995, p. 38).

Nesta linha, as instituições de saúde devem ser administradas pela justa igualdade de oportunidades obtida através de duas condições: uma teoria geral da justiça que inclua o princípio que exija das instituições básicas que assegurem justa igualdade e oportunidade, sendo que estas agirão como limitação à possibilidade de desigualdade econômica. Uma teoria de um sistema de saúde justa só pode seguir este caminho. A justa igualdade de oportunidade é o princípio apropriado que governa as macros decisões sobre a estrutura do sistema de saúde. Estes princípios definem, da perspectiva da justiça, qual é a função moral que um sistema de saúde deve ter: para ajudar na garantia da justa igualdade de oportunidade do indivíduo (DANIELS, 1995, p. 41).

Neste sentido, não é por acaso que a Constituição do Brasil expressamente declara que um dos objetivos fundamentais da nossa República é “erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais” (CF, art. 3º, III), razão pela qual todas as decisões de políticas públicas do Sistema Único de Saúde devem observar também estes fundamentos.

Assim, o Sistema Único de Saúde que está inserido dentro do contexto da seguridade social brasileira, abrange a previdência e a assistência social. O modelo de seguridade social adotado na Constituição de 1988 consagrou uma proteção social abrangente, fundada na



universalidade e igualdade da cobertura e do atendimento, seguindo a linha de pensamento de Daniels. Portanto, a Constituição Federal declara que:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Neste sentido, a universalidade e igualdade do acesso às ações e serviços do Sistema Único de Saúde consistem na garantia de que todos os cidadãos, sem privilégios ou impedimentos, devem ter acesso aos serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis do sistema. O acesso aos serviços será garantido por uma rede de serviços hierarquizada (do menor nível de complexidade para o maior) e com tecnologia apropriada para cada nível. Todo o cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite que o sistema pode oferecer para todos (BAPTISTA, 2007, p. 51).

Destarte, um sistema público de saúde fundado na universalidade e igualdade tem por objetivo a inclusão de todas as pessoas no sistema, sem privilégios em razão da classe social, com o fim de reduzir as desigualdades.

2 O COMPLICADO EQUILÍBRIO ENTRE OS DIREITOS FUNDAMENTAIS INDIVIDUAIS E A LIBERDADE, IGUALDADE E A FRATERNIDADE COLETIVA

O direito à igualdade, consagrado na Constituição Federal como um direito fundamental, mas também incluído como um dos princípios básicos do gerenciamento do Sistema Único de Saúde, assim como os outros direitos fundamentais como à vida e à liberdade, são resultado do ideário liberal-burguês do século XVIII, marcado pelo individualismo, surgindo e afirmando como os direitos do indivíduo contra o Estado, em especial, os direitos de defesa, demarcando uma linha de não-intervenção do Estado e uma esfera de autonomia individual face ao poder. Estes direitos apresentam-se como “direitos negativos”, eis que exigem uma abstenção do Estado. Peculiar importância nesta definição são os direitos à vida, à liberdade, à propriedade e à igualdade perante a lei.

Posteriormente, o impacto da industrialização e os graves problemas sociais e econômicos subsequentes, as doutrinas socialistas e a constatação de que a declaração formal da liberdade e igualdade não gerava garantia de sua efetiva concretização, gerou amplos movimentos reivindicatórios e o reconhecimento progressivo de outros direitos, atribuindo ao Estado comportamento ativo na realização da justiça social. O atributo fundamental destes direitos é a sua dimensão positiva, eis que não se cuida mais de evitar a intervenção do Estado



na esfera da liberdade individual contra o Estado, mas sim, assegurar a liberdade por meio do Estado (SARLET, 2010, p. 46-48).

Cumprir dizer que nos dias de hoje, isto é, nos tempos de *fraternité* é que foi alcançado o pleno desenvolvimento do “Estado Social” e “solidariedade”⁴. Com efeito, a consagração de uma nova dimensão de direitos ao Estado Social de Direito, as grandes divisas da Revolução Francesa, *liberté, égalité e fraternité* continuam a construir o conceito central dos direitos fundamentais.

Neste sentido, a fraternidade tem vindo a influenciar também a compreensão de liberdade e de igualdade. Na verdade, aprofundou-se progressivamente a consciência de que a liberdade não pode ser concebida apenas no sentido formal, sendo igualmente necessário garantir as condições materiais, e particularmente as econômicas, para o desenvolvimento da liberdade.

Conclui-se, ainda, que a “igualdade”, à semelhança da “liberdade”, engloba um componente “material”, ou seja, que o postulado de igualdade pressupõe não só a equiparação a nível formal, mas também uma distribuição equilibrada de oportunidades fáticas, especialmente em relação ao acesso ao emprego, e ainda uma repartição equilibrada da riqueza.

Cumprir anotar também que não apenas a fraternidade está relacionada com a liberdade e a igualdade. Igualmente liberdade e igualdade estão interligadas. Ocorrendo excesso de liberdade fica ameaçada a igualdade, uma equiparação excessiva aniquila a liberdade. Por outro lado, uma certa medida de igualdade, e também de oportunidades fáticas de desenvolvimento é imprescindível para conservar de modo durável a liberdade.

Mesmo quando se analisa isoladamente um dos elementos, como por exemplo a liberdade, estamos diante de um conceito multifacetado: “liberdade” significa não apenas preservar um espaço de desenvolvimento individual livre das interferências do Estado mas também participar na formação da vontade comunitária. Designa não só a defesa contra a intromissão do Estado, mas também a delimitação e proteção das esferas de liberdade e interesses na relação entre os próprios membros da comunidade.

Assim como a igualdade, também a liberdade abrange um componente material. As pessoas são livres apenas enquanto dispuserem também sobre as condições materiais para o desenvolvimento de sua personalidade. Desse modo, nasce a finalidade constitucional da justiça social que consiste em que o Estado proporcione a todos as condições fáticas para o seu desenvolvimento.

⁴ Ver os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: “construir uma sociedade livre, justa e solidária” (CF, art. 3º, inciso I).



Discute-se a questão de saber se esta tarefa do Estado igualmente corresponde a direitos individuais tendentes à obrigá-lo à criação destas condições. Estes direitos às prestações positivas do Estado são atualmente discutidos sob o título de “direitos sociais fundamentais”. Em termos conceituais, este tipo de direito designaria a posição jurídica qualificada de um *status positivus*, que corresponde ao direito às “prestações positivas do Estado no interesse individual”. Por exemplo, estes direitos poderiam ter como objeto a seguridade social, em termos de elementares necessidades da vida, assistência médica geral, alojamento adequado, instituições e ofertas de educação acessíveis para todos, emprego, assistência à velhice e à invalidez.

Todavia, considerando reivindicações tão amplas, há dúvidas se, e em que medida, será realisticamente compatível com a função das instâncias políticas converter a tarefa do Estado de cuidar pela justiça social e pelo bem-estar comum num catálogo justiciável de direitos sociais fundamentais (ZIPPELIUS, 1997, p. 444-450).

É o que se questiona no nosso país, que possui um Poder Judiciário independente e ativista na questão dos direitos fundamentais, especialmente no campo do direito à saúde, que é objeto do nosso trabalho.

Cumprе lembrar, ainda, da necessidade de ponderar as questões comunitárias acerca dos direitos de liberdade. Para uma comunidade, não existe uma cornucópia inesgotável de liberdades. A liberdade individual não pode multiplicar infinitamente. Portanto, o verdadeiro problema da liberdade é a sua justa distribuição. Em síntese, isto se deve ao fato de que as pretensões de desenvolvimento individual de um cidadão colidirem sempre com as de seus semelhantes. As liberdades jurídicas de uma pessoa estão sempre em correlação com as pretensões de liberdade e desenvolvimento dos outros homens com quem ela convive numa comunidade jurídica.

Desse modo, a liberdade, enquanto juridicamente garantida de um corresponde, necessariamente à vinculação do outro. A vinculação de todos é o preço das liberdades garantidas a cada um. Ao delinear limites num campo, livre até esse momento, assegura-se a cada indivíduo a sua área, mas só pelo preço da restrição da liberdade de ação de cada um. Este constitui um ato civilizador que se substitui à lei do mais forte.

O problema político da liberdade reside, desse modo, não na determinação de direitos de liberdade para indivíduos isolados, mas no estabelecimento de princípios de acordo com os quais se poderá conciliar a liberdade de um com a liberdade de outro. Igualmente, a liberdade de um vai em detrimento das liberdades de outros. Caso um se beneficie das prestações, os outros devem proporcionar os respectivos meios financeiros. Onde uns se beneficiam da



obrigação social inerente à propriedade ou de direitos de cogestão, outros são prejudicados precisamente em razão disto. Esta é a razão que subsiste à tarefa de procurar um compromisso eficiente e justo entre as necessidades de todos terem possibilidades de desenvolvimento pessoal.

Portanto, o grito de fraternidade não foi lançado apenas para eliminar as desigualdades sociais, juridicamente consagradas, mas também para obter a igualdade formal de direitos. Durante a Revolução Francesa as classes média e baixa reclamavam uma *égalité de fait* que fosse além da igualdade da lei. Reivindica-se “bem-estar para todos, ensino para todos, igualdade, liberdade e felicidade para todos” (ZIPPELIUS, 1997, p. 450-452).

Em grande medida, as tensões existentes entre liberdade, igualdade e fraternidade se refletem na nossa sociedade extremamente contenciosa e no Poder Judiciário ativista. Com efeito, conforme veremos, o acesso à saúde no Brasil é extremamente judicializado e não respeita a organização administrativa do Sistema Único de Saúde, colocando em xeque a regulamentação, o acesso universal e igualitário ao sistema.

3 O PLANEJAMENTO E REGULAÇÃO COMO INSTRUMENTOS DE JUSTIÇA SOCIAL NA MODERNA E COMPLEXA SOCIEDADE INDUSTRIAL

Para atingir o “bem-estar de todos, ensino para todos, igualdade, liberdade e felicidade para todos”, na cada vez mais complexa sociedade industrial é imprescindível a necessidade de regulação e previdência do Estado moderno, visto que a auto-regulação dos processos econômicos ou até de todos os processos sociais prometidos pelo liberalismo não funcionam na medida exigível.

Na sociedade abandonada por si própria, ocorrem grandes desequilíbrios nas posições de poder econômico, causando grave risco para harmonização equilibrada e justa dos interesses em jogo. Como exemplo, podemos citar a miséria dos operários na sociedade industrial nascente. Neste sentido, grupos de pressão poderosos procuram alcançar uma influência, frequentemente desproporcionada, sobre o governo e a legislação, colocando, eventualmente, até instâncias políticas sob ameaça de extorsão.

Portanto, a experiência mostra que havia de nascer como função do Estado cuidar por um equilíbrio adequado entre os poderes sociais, reagir contra os processos de concentração, impedir abusos de posições de poder, garantindo, desse modo, em termos gerais, uma harmonização adequada dos interesses em conflito (ZIPPELIUS, 1997, p. 462-463).



Na presente conjuntura constitucionalmente estabelecida e garantida pela proteção à saúde se observa um processo social, induzido pela atual política de mercado global, percebido como uma crescente cultura de medicalização da vida, fenômeno que induz o cidadão a uma concepção superficial de que tudo se resolve por meio de medicamentos e intervenções cirúrgicas (BRAUNER; FURLAN, 2016, p. 49).

Neste aspecto, sobre a obrigação do Estado reagir contra abusos de poder, convém lembrar a promessa não cumprida pelo Estado do Bem-Estar Social na eliminação do poder invisível, que age dentro desses interesses em conflito. Bobbio cita o exemplo da Itália, onde a máfia, a camorra, lojas maçônicas anômalas, serviços secretos incontrolados e acobertadores de crimes que deveriam combater são a parte do poder invisível do Estado (BOBBIO, 2011, p. 43). Podemos mencionar no nosso país o poder do tráfico de drogas nas comunidades, os criminosos que dentro dos presídios comandam o crime organizado e a corrupção desenfreada como exemplo de influência de um poder “oculto”. Ou, dentro do nosso objeto de estudo, a influência da indústria farmacêutica e dos escritórios de advocacia nas ações que pedem medicamentos fora da lista da RENAME no Poder Judiciário (NETO *et al*, 2012, p. 785).

Com efeito, se o Estado, no seu poder de regulamentação se omitir, outras instituições o farão, com propósitos nem sempre legítimos.

Ao par da atividade reguladora do Estado é imprescindível o planejamento de suas políticas públicas. Planejar significa projetar mentalmente um objeto ou uma situação desejada, indicando os meios e os métodos para a sua execução. Um plano abrange, neste sentido, a concepção de um determinado objetivo, assim como os meios e métodos técnicos para sua realização. Em ambos os sentidos, o planejamento pode “racionalizar” a ação e, sobretudo, torná-la transparente. No pensamento do planejamento, os objetivos conflitantes são determinados com maior precisão quanto à sua importância relativa, e delimitados com maior precisão e delimitados uns em relação aos outros. Fundados em leis e dados experimentais, escolhem-se aqueles meios e métodos com os quais se tem por finalidade em conseguir concretizar o objetivo do modo mais seguro, completo, rápido e com o menor custo possível (ZIPPELIUS, 1997, p. 476).

No Estado moderno, o planejamento deve ser organizado mediante a divisão de trabalho. As finalidades políticas, a análise aprofundada e pericial, assim como a disponibilização dos meios para a sua realização devem articular-se ordenadamente. É imprescindível mobilizar e coordenar os conhecimentos necessários para compreender as condições de vida, agora mais complexas, e regulá-las de modo competente.



Portanto, sob o ponto de vista do tipo ideal, a seleção dos objetivos, a ponderação e delimitação de um objetivo em relação aos outros, assim como sua formulação programática são atributos das instâncias políticas. É imprescindível elaborar os instrumentos jurídicos e administrativos mais econômicos e eficazes para atingir os objetivos (ZIPPELIUS, 1997, p. 478).

Por outro lado, o que ocorre no nosso país é a omissão em estabelecer políticas públicas em favor do interesse da coletividade, vindo o Estado ceder em favor de grupos de pressão, nem sempre legítimos. Anote-se que essencialmente o Estado administra a escassez de recursos, o que significa que há “menos do que o necessário para atender, em condições de uso em tempo adequado” (AMARAL, 2010, p. 178).

Assim, se não houvesse escassez, as políticas públicas e as regulamentações não teriam sentido em serem implementadas, não haveriam casos difíceis e as questões bem que poderiam ser resolvidas por meio de uma liminar judicial, especialmente na área da saúde. No que diz respeito à saúde, em especial, talvez exista uma peculiaridade: considerando sua importância, sua utilização racional por meio de regulamentação, políticas públicas e orçamento é fundamental, porque a Administração lida com recursos escassos.

Trata-se de uma discussão que não é bem-vinda, tratada como uma “questão menor”. Assim, o Poder Judiciário, autoproclama-se por si mesmo ser insulado do processo político, alegando os princípios de que a matéria fiscal compete ao Poder Legislativo e ao Executivo. Ocorre que, na prática, juízes diferem muito menos dos outros poderes em assuntos fiscais do que eles imaginam, porque os direitos que os juízes protegem possuem custos.

Os direitos que são financiados pelo esforço de terceiros não combinam com as imagens projetadas pelo Judiciário. O problema é sério. Como um juiz, considerando a escassez de informações à sua disposição (informações que também têm custos) e a sua imunidade política, razoavelmente e de forma responsável decide sobre a melhor alocação dos recursos públicos escassos? Um juiz pode determinar que uma rua seja mantida aberta para manter uma atividade ou uma prisão para melhorar as condições de vida dos apenados, mas pode um juiz ter certeza de que o dinheiro que ele ou ela ordena para estes fins não seria usado de forma mais eficiente para vacinar um bairro contra difteria?

O custo dos direitos implica dolorosamente, mas realisticamente, que os poderes executivos e legislativos extraem e alocam novamente recursos públicos, o que substancialmente afetam o valor, escopo e previsibilidade dos nossos direitos. Se o governo não investe consideráveis recursos contra o abuso da polícia, haverá muitos casos de abuso de polícia, indiferente do que a lei ou os cidadãos livres dirão. O acúmulo das escolhas da



comunidade para gastar decisivamente afeta a extensão de quais os direitos fundamentais são protegidos e obrigatórios (SUNSTEIN; HOLMES, p. 29-31, 2000).

Portanto, o planejamento da alocação de recursos e a regulamentação estatal das políticas públicas na complexa sociedade industrial obedecem a critérios técnicos que demandam estudos por pessoal especializado, sobretudo numa área tão sensível que é a saúde.

Desse modo, não se pode decidir as ações judiciais que pedem remédios fora da lista da RENAME ao simples entendimento do enunciado constitucional que declara a saúde “direito de todos e dever do Estado”. Trata-se de um método reducionista de entrega da prestação jurisdicional que não respeita os princípios fundamentais do Estado Social de Direito sua obrigação de fornecer as prestações da saúde pública à coletividade.

4 A REGULAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A saúde pública no nosso país foi objeto de ampla regulamentação, cujas normas incluem desde a Constituição Federal até portarias administrativas. O Sistema Único de Saúde – SUS foi incluído dentro do âmbito da seguridade social, que abrange à previdência e à assistência social. O modelo adotado na Constituição de 1988 consagrou uma proteção social à saúde abrangente, fundada na universalidade e igualdade da cobertura e do atendimento (CF, art. 196).

A universalidade e igualdade do acesso às ações e serviços do Sistema Único de Saúde consistem na garantia de que todos os cidadãos, sem privilégios ou impedimentos, devem ter acesso aos serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis do sistema. O acesso aos serviços será garantido por uma rede de serviços hierarquizada (do menor nível de complexidade para o maior) e com tecnologia apropriada para cada nível. Todo o cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite que o sistema pode oferecer para todos. Não se exige mais filiação ao sistema, tampouco contribuição como ocorria antes da Constituição Federal.

O SUS é regido pela descentralização que se apresenta com o propósito de promover uma maior democratização do processo decisório na saúde, já que até então se estabeleciam práticas centralizadoras de poder no âmbito federal de governo. Trata-se de uma estratégia de democratização porque possibilitaria à população um maior controle e acompanhamento das ações públicas. Desse modo, a população poderá interferir de forma mais efetiva no processo de formulação da política. Por trás dessa concepção há uma lógica de organização do sistema de



saúde que tem como pressuposto que quanto mais perto o gestor está dos problemas de uma comunidade, mais chance tem de acertar na resolução dos mesmos.

A hierarquização dos serviços segue o mesmo princípio, estruturando a rede de saúde a partir dos diferentes níveis de complexidade dos serviços e de acordo com as realidades local e regional. Assim, a referência e a contra-referência funcionam como elos de ligação da rede. Se um município ou serviço de saúde não possui condições para atender a determinado problema de saúde, individual ou coletivo, deve remetê-lo a outra unidade referenciada com capacidade de resolver o problema apresentado. A contra-referência significa o retorno do paciente ao estabelecimento de origem, após a resolução da causa responsável pela referência.

Com esse modelo, foi rompido, em definitivo o padrão político anterior excludente e fundado no mérito e afirma-se o compromisso com a democracia (BAPTISTA, 2007, p. 51-60).

Portanto, o modelo descentralizado adotado pelo nosso ordenamento jurídico rompeu com a tradição autoritária, burocrática e centralizadora do regime anterior, aumentando a responsabilidade dos gestores locais, fiscalizados pelas pessoas da comunidade que é destinatária dos serviços de saúde.

Com o fim de disciplinar o Sistema Único de Saúde sob os princípios constitucionais foi promulgada a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e as competências de cada ente federado.

Assim, compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde, dentre várias atribuições, participar e formular políticas públicas (art. 16, II), definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistências de alta complexidade e de rede de laboratórios de saúde pública (art. 16, III, a, b), identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos e de assistência à saúde (art. 16, XI), prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional (art. 16, XIII), promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal (art. 16, XV), acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais (art. 16, XVII) e elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal (art. 16, XVIII).

A direção estadual do Sistema Único de Saúde compete promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde (art. 17, I), acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (art. 17, II), prestar apoio técnico e



financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde (art. 17, III), identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional (art. 17, IX), coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde (art. 17, XI). Por fim, compete à direção municipal do Sistema Único de Saúde planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde (art. 18, I) e participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual (art. 18, II).

Portanto, a Lei nº 8080/90 estabelece uma hierarquização entre os entes públicos visando a descentralização dos serviços de saúde, que em síntese, compete à direção nacional do SUS formular e implementar as políticas públicas de saúde, prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional; compete à direção estadual do SUS promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde e prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; e aos municípios planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde.

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, dispõe sobre o acesso ao Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Neste sentido, o acesso ao Sistema Único de Saúde é objeto de expressa disposição legal, nos termos do Decreto nº 7.508:

Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:
I - de atenção primária;
II - de atenção de urgência e emergência;
III - de atenção psicossocial; e
IV - especiais de acesso aberto. (...)

Por fim, é importante citar a Portaria nº 2.982, de 26 de novembro de 2009, que cuida da execução, financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o elenco e referência nacional de medicamentos e insumos complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (art. 1º§1º)⁵.

⁵ Portaria nº 2.982/2009, art. 1º Regulamentar e aprovar as normas de financiamento e de execução do Componente Básico do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, como parte da Política Nacional de Assistência



Os medicamentos relacionados na Portaria nº 2.982/2009 devem ser assegurados para garantir as linhas de cuidado das doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, indicados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de acordo com a necessidade local/regional (art. 4º)⁶.

Portanto a Constituição Federal, a Lei nº 8.080/90, o Decreto nº 7.508 e a Portaria nº 2.982/2009, preveem os princípios, a hierarquização dos serviços, a forma de acesso, o planejamento e o financiamento do Sistema Único de Saúde.

Desse modo, conforme observamos, uma vez que o Estado assumiu a obrigação de prestar os serviços de saúde à população, é natural que a regulação para atingir este objetivo seja atribuição da Administração Pública, e não ao mercado ou outros agentes externos, que não têm o compromisso com a coletividade, senão defender interesses individuais ou corporativos.

Assim, a disciplina legal do serviço público estatal de saúde, trata-se de um método organizacional fundado na racionalidade com o objetivo de atingir o número máximo de beneficiários, no qual a União formula as políticas públicas conjuntamente com os entes da Federação e fornece assistência financeira aos estados membros e municípios. Compete aos estados fornecer assistência financeira aos municípios e promover a descentralização. E, por fim, compete aos municípios gerirem e executarem os programas do Sistema Único de Saúde.

5 A CONTRADIÇÃO DA SAÚDE JUDICIALIZADA QUE DESCONSIDERA AS LISTAS DE MEDICAMENTOS DA RENAME

Conforme vimos supra, a Constituição elegeu um sistema público baseado na igualdade e na universalidade. Todavia, constitui um gigantesco desafio torná-lo eficiente numa sociedade tão complexa e desigual como a nossa. Conforme lembra BAPTISTA:

O Brasil é um país de grande heterogeneidade: convivem estados ricos e pobres, municípios de grande e também de pequena extensão territorial, tem secretário de saúde que vira ministro e secretário de saúde que mal escreve o próprio nome, tem cidade com mais de 1.000 unidades de saúde e cidade sem médico. Por trás da disparidade entre regiões e até mesmo entre municípios de um mesmo estado está

Farmacêutica do Sistema Único de Saúde, e definir o Elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, conforme os anexos I, II, III e IV a esta Portaria. § 1º O financiamento desse Componente destina-se à aquisição dos medicamentos e insumos complementares, descritos nos

Anexos I, II e III a esta Portaria, e para estruturação e qualificação das ações da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, conforme o art. 4º desta Portaria.

⁶ Art. 4º Os medicamentos relacionados no anexo III devem ser assegurados para garantir as linhas de cuidado das doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, indicados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de acordo com a necessidade local/regional.



a trajetória de organização política e dos interesses daqueles que se mantiveram no poder (BAPTISTA, 2007, p. 55).

Como resultado destas disparidades regionais e sociais entre ricos e pobres percebe-se o grande número de demandas judiciais ajuizadas por pessoas carentes requerendo prestações referentes à saúde, das mais diversas áreas, dentre cirurgias, insumos, próteses e remédios do Poder Público. Neste trabalho iremos nos ater aos pedidos judiciais de antecipação de tutela referentes a medicamentos contra os entes públicos.

Por sua vez, o Poder Judiciário na ADPF nº 45, quando discutia a alocação de recursos do orçamento para o atendimento à saúde na Lei nº 10.707/2003 (LDO), decidiu que:

É certo que não se inclui, ordinariamente, no âmbito das funções institucionais do Poder Judiciário - e nas desta Suprema Corte, em especial - a atribuição de formular e de implementar políticas públicas (JOSÉ CARLOS VIEIRA DE ANDRADE, "Os Direitos Fundamentais na Constituição Portuguesa de 1976", p. 207, item n. 05, 1987, Almedina, Coimbra), pois, nesse domínio, o encargo reside, primariamente, nos Poderes Legislativo e Executivo. Tal incumbência, no entanto, embora em bases excepcionais, poderá atribuir-se ao Poder Judiciário, se e quando os órgãos estatais competentes, por descumprirem os encargos político-jurídicos que sobre eles incidem, vierem a comprometer, com tal comportamento, a eficácia e a integridade de direitos individuais e/ou coletivos impregnados de estatura constitucional, ainda que derivados de cláusulas revestidas de conteúdo programático. (BRASIL, Supremo Tribunal Federal, 2004).

Fundado nesta jurisprudência que autoriza intervenção judicial nas políticas públicas quando os órgãos estatais "descumprirem os encargos políticos-jurídicos que sobre eles incidem" o Poder Judiciário profere medidas liminares obrigando o Estado a fornecer medicação fora da lista da RENAME em favor de particulares, conforme verificamos nesta decisão do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul:

O fato de o medicamento não constar na lista RENAME (Relação de Medicamentos Essenciais), não isenta o Poder Público, em qualquer das suas esferas, da responsabilidade pelo fornecimento do medicamento indicado pelo médico assistente. Apelação Cível Nº 70073461535, Quarta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Antônio Vinícius Amaro da Silveira, Julgado em 21/07/2017).

Portanto, para o Poder Judiciário, integrado por juízes sem formação em Medicina e Gestão Pública de Saúde, não é importante a medicação constar na lista da RENAME. O que é importante é o pedido individual "indicado pelo médico assistente". Esta postura individualista sobre o direito à saúde se traduz nos números divulgados pelo Conselho Nacional de Justiça, que se referem apenas aos processos em tramitação no Superior Tribunal de Justiça, nas Turmas Recursais e Tribunais de Justiça do nosso país: no segundo grau tramitam 85.254 processos, nas turmas recursais 11.598 e no Superior Tribunal de Justiça tramitam 3.221 processos.



Importante salientar que estes números se limitam a saúde pública, excluindo contratos e serviços de plano de saúde (BRASIL. Conselho Nacional de Justiça, 2017). Estes números também excluem os processos do Supremo Tribunal Federal e os processos em tramitação no primeiro grau.

Os números citados acima poderiam encontrar justificativa para a judicialização em razão de um suposto “risco de vida” para o paciente. No entanto, é preciso considerar que as alegações de um suposto “risco de vida”, “lesão ou ameaça de direito”, “risco de dano irreparável”, “urgência” e “dignidade da pessoa humana” muito mais diz respeito às figuras de retóricas empregadas pelos advogados nas petições do que fundadas em alguma base científica. A realidade é muito mais complexa do que a adoção desta simplificada fórmula. Segundo Barata e Mendes (2010, p. 72):

É importante desfazer o mito, gerado pela falta de conhecimento médico científico da maioria da população e do Judiciário, que a não concessão de medicamentos em 24/48 horas para pacientes não hospitalizados traz prejuízos irreparáveis à vida e à saúde das pessoas. Pacientes que tenham risco de vida se não tomarem seus medicamentos em 24 horas encontram-se, normalmente, hospitalizados e, portanto, recebem os medicamentos de que necessitam nos serviços de urgência e na internação.

As únicas exceções são os imunossupressores que combatem a rejeição dos órgãos transplantados se não tomados por alguns dias e os medicamentos para saúde mental que, se não ingeridos, podem gerar casos graves de agressão contra familiares ou mesmo suicídio, os demais medicamentos para pacientes não hospitalizados podem aguardar de duas a quatro semanas sem prejuízo à saúde das pessoas (BARATA; MENDES, 2010, p. 72).

Portanto, conforme Barata e Mendes:

A alegada urgência na concessão de medicamentos dispensados a pacientes não hospitalizados, na maior parte das vezes, está a serviço de burlar as regras estabelecidas e dessa forma conferir alguma vantagem (privilegio) ao burlador, seja ele o médico, a indústria ou o escritório de advocacia, patrono da causa (BARATA; MENDES, 2010, p. 72).

Assim, ao judicializar a saúde, a atividade decisória do juiz substitui os critérios técnicos do Sistema Único de Saúde pelo discurso individualista, que não tem compromisso algum senão com a própria satisfação de interesses privados à custa do Erário Público. O Poder Judiciário deste modo é usado como instrumento para burlar as regras do Sistema Único de Saúde, que assegura alguma vantagem patrimonial ao que burla, seja o médico, a indústria farmacêutica ou o escritório de advocacia.



É importante destacar que outros países sofrem limitações regulatórias e orçamentárias em seus sistemas públicos de saúde. Basta citar o caso da Grã-Bretanha, cujo Sistema Nacional de Saúde (NHS) é tido como exemplo para o mundo e motivo de orgulho nacional. De acordo com Aaron e Schwartz recursos limitados estabelecem uma competição pelos recursos disponíveis, por esta razão, os médicos britânicos frequentemente racionalizam ou redefinem critérios médicos para lidar mais confortavelmente com limitações de recursos. De várias maneiras, médicos e servidores do NHS tentam fazer da negação de serviços uma rotina ou um critério de eficiência. (AARON; SCHWARTZ, 1984, p. 100-101).

É de se notar também que, conforme leciona Barroso, está intrínseco no conceito de dignidade da pessoa humana a limitação por algumas restrições legítimas e impostas em nome de valores sociais e comunitários (BARROSO, 2013, p. 72).

Assim, a escassez de recursos orçamentários ou limites regulatórios, em qualquer setor que dependa do orçamento do governo para implantar políticas públicas, é uma realidade não só no Brasil, como em toda a parte, sujeita às intempéries da economia, razão pela qual, maximizar os recursos através de um sistema igualitário, solidário e universal deveria ser a prioridade de qualquer órgão público ou hospital, desde uma prefeitura perdida no interior do Brasil a uma metrópole cosmopolita, desde um hospital de beira de estrada a um centro de referência de alta complexidade.

Portanto, o método democrático consagrado pelo Estado Social de Direito na complexa sociedade industrial que tem por objetivo assegurar à saúde como direito de todos e dever do Estado é a regulamentação e o planejamento visando o interesse público da coletividade, levando o direito à igualdade e universalidade à sério. Se assim não for feito, ou se for feito apenas parcialmente, outras forças entrarão no jogo, como interesses que nem sempre coincidem com o interesse público.

Anote-se que embora a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal decidiu que o Poder Judiciário poderá intervir nas políticas públicas quando entender que o Estado se omitiu na sua obrigação constitucional, atualmente a questão encontra-se no Superior Tribunal de Justiça no Recurso Especial nº 1657156/RJ, que decidirá sobre a obrigatoriedade de fornecimento, pelo Estado, de medicamentos não contemplados na Portaria 2.982/2009 do Ministério da Saúde (Programa de Medicamentos Excepcionais). O tema está cadastrado no sistema dos repetitivos, sob o número 106.



Uma vez considerado recurso repetitivo, fundado no art. 1037, II do Código de Processo Civil⁷, foi determinada a suspensão do andamento de 678 processos, individuais ou coletivos, que tramitam no país. Consoante a previsão do art. 927 do CPC⁸, a definição da tese pelo Superior Tribunal de Justiça servirá de orientação às instâncias ordinárias da Justiça, inclusive aos juizados especiais, para a solução de casos fundados na mesma controvérsia (BRASIL. Superior Tribunal de Justiça, 2017).

Portanto, o tema de recurso repetitivo do Recurso Especial nº 1657156 / RJ em tramitação no Superior Tribunal de Justiça será uma excelente oportunidade para ponderar os valores que estão em jogo, considerando que um sistema público de saúde, no Estado Social de Direito, não pode deixar de abrir mão do planejamento e regulação para atingir os objetivos da igualdade e universalidade do sistema.

CONCLUSÃO

O acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde visa à inclusão social do indivíduo ao direito fundamental à saúde por meio de políticas públicas formuladas pelo Poder Executivo, que tem o dever de propiciar uma estrutura aceitável para que desta forma o cidadão possa se realizar e encontrar a felicidade através da justa igualdade e oportunidade para todos.

Neste sentido, o Estado Social de Direito se caracteriza por ser uma ordem jurídica que regula os direitos do cidadão sendo que, para tanto, é imprescindível o planejamento das políticas públicas, sobretudo na complexa e moderna sociedade industrial, sem o qual seria impossível execução racional dos programas governamentais.

Anote-se que a moderna sociedade industrial se caracteriza pelo exercício do poder por parte das grandes corporações, cujo poder nem sempre é visível ao público. Assim, retirando total ou parcialmente a prerrogativa da regulação e planejamento das políticas públicas do Estado Social de Direito, outras instituições preencherão este vácuo regulatório,

⁷ CPC, art. 1.037. Seleccionados os recursos, o relator, no tribunal superior, constatando a presença do pressuposto do caput do art. 1.036, proferirá decisão de afetação, na qual:

II - determinará a suspensão do processamento de todos os processos pendentes, individuais ou coletivos, que versem sobre a questão e tramitem no território nacional;

⁸ CPC, art. 927. Os juízes e os tribunais observarão:

(...)

III - os acórdãos em incidente de assunção de competência ou de resolução de demandas repetitivas e em julgamento de recursos extraordinário e especial repetitivos;

IV - os enunciados das súmulas do Supremo Tribunal Federal em matéria constitucional e do Superior Tribunal de Justiça em matéria infraconstitucional;

(...)



sobretudo aquelas que detêm a seu lado o poder do capital, da mídia ou da política, que nem sempre são orientadas pelo interesse público.

Neste sentido, a tensão entre necessidades ilimitadas da população e orçamento limitado dos programas de saúde obriga o Estado racionalizar o uso dos recursos públicos através do planejamento e regulação. Isto não se trata da defesa de uma “ditadura dos contadores”, mas a necessidade de que os agentes públicos integrantes dos poderes executivos, legislativos e judiciário sejam devotados à ideia de que uma verdadeira democracia deve defender oportunidades e acesso aos bens públicos iguais para todos e, quando necessário, até mesmo impor restrições legítimas para proteger valores importantes para a comunidade.

Portanto, o Recurso Especial nº 1657156/RJ deverá ser objeto de um debate profundo sobre o verdadeiro papel do Estado Social de Direito na moderna sociedade industrial, cuja regulação e planejamento foram deferidos aos poderes legislativo e executivo. Por outro lado, a interferência do Poder Judiciário nas políticas de saúde deverá ser limitada apenas a casos extremos, sob pena de ferir o princípio da igualdade e universalidade do acesso à saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AARON, Henry; SCHWARTZ, William. **The painful prescription: rationing hospital care**. Washington, DC: The Brookings Institution, 1984.

AMARAL, Gustavo. **Direito, escassez e escolha. Critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

BAPTISTA, Tatiana. **História das políticas de saúde no Brasil**. In: MATTA, Gustavo; PONTES Ana. **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2007. Disponível em <http://www.epsvj.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=8&Num=25>

BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo**. Belo Horizonte: Fórum, 2013.

BLIACHERIENE, Ana; Santos, José. **Direito à Vida e à Saúde**. São Paulo: Atlas. 2010.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia**. 12ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.



BRASIL. **Constituição Federal**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm Acesso em 11 de março de 2016.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 2.982. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2982_26_11_2009_rep.html Acesso em 4 de agosto de 2017.

BRASIL. **Supremo Tribunal Federal**. ADPF nº 45. Disponível em <http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo345.htm> Acesso em: 30 de maio de 2016.

BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça**. Recurso Especial nº 1657156 / RJ. Disponível em http://www.stj.jus.br/sites/STJ/default/pt_BR/Comunica%C3%A7%C3%A3o/noticias/Not%C3%ADcias/Obrigatoriedade-de-fornecimento-de-medicamentos-n%C3%A3o-contemplados-em-lista-do-SUS-%C3%A9-tema-de-repetitivo Acesso em 2 de agosto de 2017

BRAUNER, Maria Claudia Crespo; FURLAN, Karina Morgana. O crescente processo de medicalização da vida: a judicialização da saúde. In: SERAU Jr., Marco; BRAUNER, Maria; COSTA, Ricardo (coordenadores). **Direito e Saúde: construindo a justiça social**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016, p. 44- 57.

COMPARATO, Fábio. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 7º ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoess/pj-justica-em-numeros> Acesso em 24 de julho de 2017.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **I JORNADA DE DIREITO DA SAÚDE**. Disponível em http://www.cnj.jus.br/images/ENUNCIADOS_APROVADOS_NA_JORNADA_DE_DIREITO_DA_SAUDE_%20PLENARIA_15_5_14_r.pdf Acesso em 6 de março 2016.

DANIELS, Norman. **Just health care**. 6ª ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

DWORKIN, Ronald. **Levando os direitos a sério**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FARIA, José. **Direitos humanos, direitos sociais e justiça**. São Paulo: Malheiros, 2005.

HABERMAS, Jürgen. **Direito e democracia entre facticidade e validade**. Vol. I. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2012.



LOPES, José. **Direitos sociais**. Teoria e Prática. São Paulo: Método, 2006.

NETO, Orozimbo et al. **Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil**. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n5/04.pdf> Acesso em 1º de agosto de 2017.

PINSKY, Jaime; PINSKY, Carla. **História da Cidadania**. 6ª ed. São Paulo: Editora Contexto, 2014.

RAWLS, John. **Justice as fairness**. 3ª Ed. United States: Erin Kelly, 2003.

ROUSSEAU, Jean Jacques. **O contrato social**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

SARLET, Ingo. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

SARLET, Ingo. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais**. 9. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

SERAU Jr., Marco; BRAUNER, Maria; COSTA, Ricardo (coordenadores). **Direito e Saúde: construindo a justiça social**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016;

SUNSTEIN, Cass; HOLMES, Stephen. **The Cost of Rights. Why Liberty Depends on Taxes**. New York: W.W. Norton & Company. 2000.

ZERO HORA. Disponível em <http://zh.clicrbs.com.br/rs/noticias/noticia/2013/11/com-113-mil-processos-rs-e-campeao-nacional-em-aco-es-judiciais-na-saude-4336052.html> Acesso em 5 de agosto de 2017.

ZIPPELIUS, Reinhold. **Teoria Geral do Estado**. 3ª ed. Lisboa: Calouste Gulbenkian, 1997.